ตายดี เตรียมได้

good death

การวางแผนการดูแลในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า
(Advance Care Planning)

ตายดี เตรียมได้

การวางแผนการดูแลในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า

(Advance Care Planning)

เรียบเรียง	สายสิริ อิสรชาญวาณิชย์
ที่ปรึกษา	นายแพทย์อุกฤษฎ์ มิลินทางกูร
	ศูนย์บริรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช
บรรณาธิการ	สายสิริ อิสรชาญวาณิชย์
ประสานงาน	ณัชศลิษฎา วัลย์ณัฐประภา
พิมพ์ที่	

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559

ชั้น 2 อาคาร 10 ชั้น เลขที่ 126/146 ภายในสถาบันบำราศนราดูร

ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02 – 951 0854 โทรสาร 02-951-0855

อีเมล์ thaigogood@gmail.com

เว็บไซต์ http ://www.thaigogood.com

Facebook : https://www.facebook.com/thaigogood

หนังสือเล่มเล็ก ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต
ได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่าและไม่มีใครต้องเสียดายเมื่อความตายมาถึง

เรากลัวความจริงเกินไปหรือเปล่า ?

ผู้ป่วยหลายคนโบกมือหันหลังให้ เมื่อแพทย์หรือพยาบาลเลียบเคียงชวนคุยเรื่องการเตรียมการระยะท้ายของชีวิต ด้วยเหตุผลว่า “ผม/ดิฉัน ยังไม่พร้อม”

ในขณะที่ฝ่ายญาตินั้น มีน้อยคนนักที่กล้าเปิดประเด็นนี้ขึ้นมา ด้วยเหตุผลนานาประการ โดยเฉพาะความกลัวที่จะเผชิญความจริงที่ว่า คนที่รักกำลังจะตาย

คนส่วนใหญ่จึงปล่อยให้การตายเป็นไปตามยถากรรม

เป็นการตายที่เป็นไปอย่างทุลักทุเลไม่ราบรื่นไม่สงบสุข เพราะความเห็นญาติไม่ตรงกัน บ้างบอกให้รักษาเต็มที่ บ้างต้องการให้จากไปอย่างสงบ

เป็นการตายที่ถูกจัดการด้วยความรู้และทัศนคติของผู้ให้การรักษา บ้างอาจจะยึดมั่นว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องรักษาจนนาทีสุดท้าย บ้างอาจจะกลัวถูกฟ้องร้องหากไม่ได้ “ทำอะไรสักอย่าง” ให้ญาติสบายใจ บ้างก็ขอ “สู้ตาย” เพราะมีความเชื่อในอานุภาพของเทคโนโลยีทางการแพทย์

การตายส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นจึงเป็นไปโดยที่ตัวผู้ป่วยไม่มีส่วนตัดสินใจ
ในแผนการดูแลรักษาในวาระสุกท้าย

"ตายดี" หรือ "การมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต" (Good death) หมายถึงการตายที่ก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งต่าง ๆ ที่คั่งค้าง สามารถแสดงเจตนาของตนเองว่าต้องการให้มีการดูแลอย่างไรในระยะท้าย เพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ตายดี เตรียมได้ ด้วยการวางแผนล่วงหน้า

หนังสือเล่มนี้กำลังพูดกับ “คุณ”ที่เป็นผู้ป่วยในระยะท้าย

พร้อมทั้งพูดกับ “คุณ” ที่มีพ่อ แม่ สามี ภรรยา หรือใครก็ตามที่คุณรักและอยู่ในความดูแลของคุณ เป็นผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต

และพูดกับ “คุณ” ผู้ที่เป็นแพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย

หนังสือเล่มนี้เพียงต้องการบอกว่า หลังจากการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วย “อยู่ต่อ” มาอย่างยาวนานแล้ว ถึงจุดหนึ่งเราทุกฝ่ายต้องนำความจริงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมาพูดคุยกันให้ชัดเจน โดยตระหนักเป็นเบื้องต้นว่าผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีแนวโน้มจะเสียชีวิตในไม่ช้า และเขาควรได้โอกาสที่จะร่วมกำหนดแผนการดูแลรักษาตัวเขาเองในเวลาที่เหลืออยู่

ระยะท้ายของชีวิต คืออย่างไร

คำว่า “ระยะท้ายของชีวิต” นั้นฟังดูก็น่าจะเข้าใจได้ว่าคนๆ นั้นจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน

ความหมายทางการแพทย์ “ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต” ซึ่งหนังสือบางเล่มใช้คำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าโรคหรืออาการเจ็บป่วยนั้นลุกลาม เรื้อรัง เข้าสู่ระยะท้ายของโรค ซึ่งไม่มีทางรักษาให้หายได้และโดยมากผู้ป่วยมักจะมีชีวิตอยู่ได้อีกน้อยกว่าหนึ่งปี

อาการของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร

ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตมักจะมีความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจอยู่เป็นพื้นฐานจะมากหรือน้อยต่างกันไป และผู้ป่วยแต่ละรายจะแสดงออกไม่เท่ากัน บางรายอาจมีความเจ็บปวด กระวนกระวาย อาจมีความรู้สึกตัวน้อยลง รู้สึกไม่สุขสบาย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือได้น้อย ต้องเข้าๆออกๆ โรงพยาบาลเป็นระยะๆ ด้วยอาการที่ไม่สามารถควบคุมได้และมีความไม่แน่นอน

ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต คิดอย่างไร

สภาพจิตใจของผู้ป่วยในระยะท้ายแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม

1. กลุ่มพร้อมตาย คือกลุ่มที่ รู้ตัวว่าเจ็บป่วยไม่มีทางรักษา ทำใจยอมรับความตายได้ ไม่ห่วงกังวลอะไร จึงสามารถที่จะร่วมมือในการเตรียมการตายดี ผู้ดูแลจึงควรหาทางช่วยให้ผู้ป่วยปรับมุมมองต่อชีวิตให้มีความพร้อมในทางจิตใจก่อนเป็นเบื้องต้น

2. กลุ่มยังไม่พร้อมตาย แม้รู้ว่าป่วยหนักรักษาไม่ได้ แต่ยังมีความกลัวห่วงกังวลในเรื่องต่างๆ เช่น ห่วงลูก กลุ่มนี้จะอยู่ในความทุกข์ และเศร้าโศก

3. กลุ่มอยากตาย อาจเพราะต้องการหนีทุกข์ รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่าและเป็นภาระของผู้อื่น

4. กลุ่มกลัวตาย จริงๆ แล้ว ความรู้สึกกลัวตายมีอยู่ในทุกกลุ่ม เพราะไม่มีใครรู้แน่ชัดว่าเมื่อกำลังจะตายนั้นจะเป็นอย่างไร ตายแล้วไปไหน

ผู้ป่วยตายไม่เตรียม ในระยะท้ายของชีวิตมักจะเจออะไร

ความทุกข์ ๔ แบบ ของผู้ป่วยที่ไม่ได้เตรียมการเพื่อตายดี

ตายทรมาน

•เจ็บปวดทรมานเพราะอาการของโรค ซึ่งอาจจะทุเลาหากได้รับยาบรรเทาอาการ หรือได้รับการดูแลที่ดี

• เจ็บปวดเพราะการรักษาที่มีการใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ โดยที่เป็นการพยายามยื้อชีวิตหรือชะลอการตายออกไป

ตายตาไม่หลับ

• ตายไม่หายห่วง คือตายไปทั้งๆ ที่ยังมีความห่วงกังวล เช่น ห่วงลูกที่ยังเล็ก ห่วงธุรกิจการงาน ไม่ทันได้สั่งเสียเรื่องมรดกและหนี้สิน เป็นต้น

• ตายแบบค้างคาใจ ผู้ป่วยอาจมีเรื่องค้างคาใจ มีความหวังที่ยังไม่บรรลุความจริง เป็นต้น

ตายไม่รู้ตัว

• ไม่ทราบข้อมูลการเจ็บป่วยที่แท้จริงของตัวเอง ไม่รู้ว่าป่วยหนักรักษาไม่ได้ ไม่รู้ว่าตัวเองจะต้องตายในเวลาที่ไม่นานและไม่แน่นอน

ตายแพง

• การตายในโรงพยาบาลก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายประมาณ 2 เท่าของการตายที่บ้าน

• คนจำนวนมากต้องใช้เงินเป็นค่ารักษาพยาบาลในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตมากกว่าค่ายังชีพและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในชีวิต

การดูแลเพื่อให้ตายดี

การดูแลเพื่อให้ตายดี คืออะไร

"การดูแลเพื่อให้ตายดี" หมายถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้าย โดยดูแลทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และจิตวิญญาณ และนำไปสู่การตายดีตามความหมายข้างต้น

การดูแลเพื่อให้ตายดีทำอย่างไร

เพราะทั่วโลกก็เผชิญปัญหาคล้ายๆ กัน วงการแพทย์และสาธารณสุขจึงพัฒนาแนวคิดที่เรียกว่า "การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต" (Palliative Care) โดยองค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้นำแนวทางนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต

ทีมสุขภาพจึงมีบทบาทในการประเมินอาการของผู้ป่วย หากเป็นผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ก็ควรเบนเข็มจากการมุ่งรักษาให้หาย เข้าสู่การประคับประคองเพื่อการจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีหลักการอย่างไร

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตมีหลักการสำคัญ คือ

- ต้องมี “การดูแล” ไม่ใช่ไม่ทำอะไรเลย แต่การดูแลนั้นมุ่งประคับประคองไม่ได้มุ่งที่จะรักษาให้หาย
- เน้นการมีชีวิตอยู่ในระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ
- ไม่ทำการใดที่เป็นการเร่ง หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าธรรมชาติของโรค
- มีการ “วางแผนการดูแลล่วงหน้า” หรือ "Advance Care Planning" เป็นส่วนสำคัญ
- เป็นการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
- มีการเชื่อมต่อการดูแลที่โรงพยาบาลกับที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต้องใช้อะไรบ้าง

- ใช้ศาสตร์ผสมผสาน ประยุกต์ใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก โดยให้สอดคล้องกับศาสนาและความเชื่อของผู้ป่วย
- ใช้ความเอาใจใส่เป็นสำคัญ คนที่ดูแลต้องมองให้ลึกถึงในจิตใจของผู้ป่วย
- อาจใช้ยาเพื่อช่วยบรรเทาอาการทรมาน เช่น ยาบรรเทาอาการปวด
- ไม่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิต โดยไม่ได้เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

อะไรใช่ อะไรไม่ใช่ “การดูแลเพื่อให้ตายดี”

ไม่ใช่	ใช่
การช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ และทรมานจากโรคที่เป็นด้วยการทำให้ตาย	การบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและจิตใจให้กับผู้ป่วย
การนำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปตายที่บ้าน หรือไปทำพิธีทางศาสนา เท่านั้น	การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำพิธีกรรมหรือกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อเพื่อให้จิตใจสงบ
การบอกผู้ป่วยไม่ให้กังวล โดยไม่ได้ทำอะไรที่ช่วยให้เขาคลายกังวลอย่างแท้จริง	การช่วยให้ผู้ป่วยได้สั่งเสียเรื่องต่างๆอย่างครบถ้วน เพื่อไม่ให้มีเรื่องใดที่ต้องกังวล
การบอกผู้ป่วยว่าเรื่องที่ผู้ป่วยปรารถนานั้นมันไม่สำคัญหรือไม่จำเป็นและลืมมันเสีย	การที่ครอบครัว ญาติมิตร พยายามช่วยให้ผู้ป่วยสมความปรารถนาในสิ่งที่ต้องการ
การสั่งการรักษาแทนแพทย์ ว่าจะเอาอันนั้นไม่เอาอันนี้	การช่วยให้ผู้ป่วยได้ร่วมตัดสินใจเลือกการรักษาในวาระสุดท้าย
การตัดสินใจแทนผู้ป่วยทุกเรื่อง เพราะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ใจหรือคิดมาก	การช่วยให้ผู้ป่วยได้มอบอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองให้กับบุคคลที่ไว้วางใจ

มีการวางแผนการดูแลร่วมกัน

ภายหลังการจากไปของผู้ป่วย แม้มีความเสียใจต่อการสูญเสียอันเป็นธรรมดา แต่ทั้งทีมสุขภาพ ครอบครัว ญาติ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน จะไม่ต้องรู้สึกผิด รู้สึกเสียใจหรือเสียดาย เพราะในความรู้สึกลึก ๆ ทุกฝ่ายต่างมีความสบายใจว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยแล้ว

ไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ผู้ป่วยบางคนอาจใช้เวลานานหลายวันหรือเป็นเดือนในห้องไอซียู ในช่วงนั้นญาติจะเริ่มทำใจได้ บางคนจะเริ่มหวนคิดไปถึงการดูแลรักษาที่ผู้จากไปได้รับในวาระสุดท้าย พร้อมกับคำถามว่า “นั่นคือสิ่งที่ดีที่สุดจริงหรือ”

การวางแผนเพื่อการตายดี

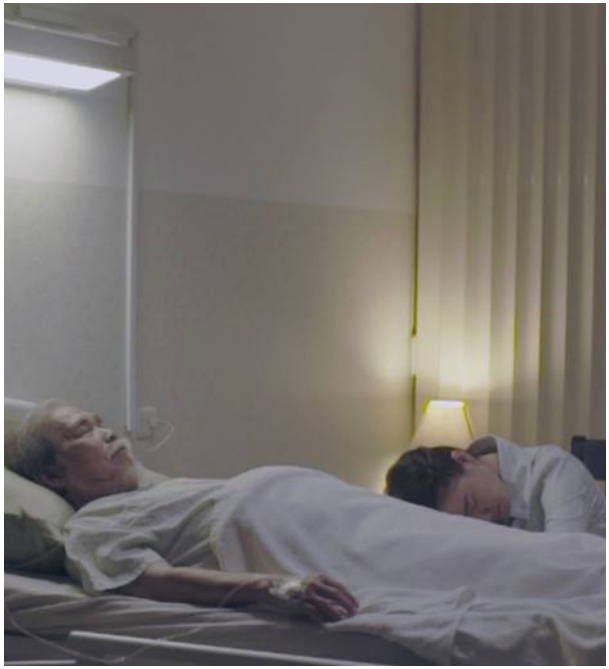
หากวิเคราะห์ให้ดีจะเห็นว่า “ตายไม่รู้ตัว” เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาตายแพง ตายทุกข์ทรมาน และตายตาไม่หลับ เพราะผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้รู้ความจริงว่าอาการป่วยของตนเข้าสู่ระยะสุดท้าย จึงไม่ได้เตรียมการอะไรล่วงหน้า

สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่ทราบอาจจะเป็นเพราะ

- ทีมผู้ดูแลไม่ได้บอก ซึ่งอาจเป็นเพราะยังไม่มีแนวคิดเรื่องการดูแลเพื่อให้ตายดี
- ทีมผู้ดูแลต้องการบอกแต่ญาติต้องการปิดบังเพราะเกรงว่าผู้ป่วยจะยอมรับความจริงไม่ได้
- ญาติมีความเห็นไม่ตรงกัน ฝ่ายที่ต้องการให้รักษาเต็มที่มักจะเสียงดังกว่าฝ่ายที่คิดว่าน่าจะให้จากไปอย่างสงบ

การวางแผนการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า

"การวางแผนการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า" (Advance Care Planning) เป็นส่วนสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองฯ โดยเป็นการปรึกษาหารือระหว่างผู้ป่วย ญาติ และทีมผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายให้การดูแลในระยะท้ายของชีวิตตรงกับความต้องการและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด



แผนนี้เป็นแผนของใคร

แผนการดูแลล่วงหน้าที่ประสบความสำเร็จนั้น จะต้องเป็นแผนที่เกิดจากการปรึกษาหารือของ

- แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ที่ดูแลรักษาผู้ป่วย
- ครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ
- ตัวผู้ป่วยเอง กรณีที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ และต้องการตัดสินใจด้วยตนเอง

จังหวะที่ดีในการบอกความจริงที่เป็นข่าวร้าย

เมื่อใดจึงเริ่มวางแผน ใครจะเป็นคนเริ่มต้น

ควรเริ่มทันทีเมื่อแพทย์ประเมินว่าอาการของผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้าย โดยเป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพ ที่จะประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัวว่าพร้อมที่จะรับฟัง “ข่าวร้าย” หรือยัง

ช่วงเวลาหรือจังหวะที่ดีในการบอกความจริงอันเป็น “ข่าวร้าย” สำหรับผู้ป่วย อาจใช้เวลาต่อไปนี้

- เวลาที่แพทย์แจ้งเรื่องอาการของโรค แล้วผู้ป่วยถามขึ้นมาเอง เช่น ถามว่าตนจะอยู่ได้อีกนานแค่ไหน
- เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และจำเป็นต้องพูดคุยเรื่องทางเลือกในการรักษา
- เมื่อผู้ป่วยพูดเรื่องความตายขึ้นมาเอง เช่น ทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย ชีวิตนี้คุ้มค่าแล้ว เป็นต้น
- เมื่อผู้ป่วยสอบถามหรือแสดงความสนใจที่แสดงเจตนาในวาระสุดท้าย

ผู้ป่วยมีสิทธิตามกฎหมายที่จะได้รู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งควรทำขึ้นในช่วงที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และจะมีผลต่อเมื่อบุคคลนั้นอยู่ในวาระสุดท้าย และไม่สามารถตัดสินใจหรือสื่อสารความต้องการของตนเองได้แล้ว

10 ขั้นตอนในการวางแผนการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า

1. เริ่มจากการสอบถามความเห็นของญาติที่เป็นผู้ดูแลหลัก ว่าจะพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลผู้ป่วย มีญาติคนใดอีก นอกเหนือจากญาติที่มาดูแลอยู่ในขณะนี้ที่ควรจะได้พูดคุยพร้อมกัน

2. สอบถามและขออนุญาตผู้ป่วยว่าจะพูดคุยเรื่องอาการของโรคและวางแผนการดูแลร่วมกับญาติ ตัวผู้ป่วยต้องการจะเข้าร่วมประชุมด้วยหรือไม่

3. เมื่อผู้ป่วยรับทราบและอนุญาตแล้ว ทีมสุขภาพจะต้องประชุมเพื่อตกลงกันในขอบเขตเนื้อหา และภาษาที่จะใช้สื่อสารที่ทุกคนจะเข้าใจได้ชัดเจน

4. จัดการประชุมในห้องที่เป็นสัดส่วนแต่เรียบง่าย หากผู้ป่วยต้องการพูดคุยด้วยสามารถจัดการประชุม ล้อมรอบเตียงผู้ป่วยโดยปิดม่านให้มิดชิด

5. เริ่มด้วยการบอกเล่าถึงอาการป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายและทีมสุขภาพเห็นว่าควรจะร่วมกันวางแผน การดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย โดยใช้คำพูดที่ไม่กำกวมแต่ไม่รุนแรงจนผู้ป่วยเกิดความตระหนกกับคำว่า “ระยะสุดท้าย”

6 บอกให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความไม่แน่นอนของอาการป่วย ว่าอาจจะแย่ลงและจะมีอาการ หรืออาการแสดงอย่างไรตามมาได้บ้างที่ควรจะเฝ้าสังเกต

7 สอบถามและรับฟังอย่างตั้งใจถึงความกังวล ความสงสัย และความทุกข์ใจของญาติ และผู้ป่วย

8 ชวนญาติและผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาในระยะท้าย

9 แนะนำเรื่องการเขียนแสดงเจตนาในวาระสุดท้าย (อาจมีตัวอย่างเอกสารให้ดู) ทั้งนี้ เพื่อให้มั่นใจว่าสิ่งที่สั่งไว้จะได้รับการทำตาม และญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักก็จะไม่ต้องแบกรับภาระการตัดสินใจและการชี้แจงต่อผู้อื่นแทนผู้ป่วยเพียงลำพัง

10 สรุปสิ่งที่ได้พูดคุยกัน และทำการบันทึกในเวชระเบียน ประเมินผลการพูดคุย และนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไปเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

สรุปประเด็นที่ผู้ดูแลรักษาควรพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ

- บอกถึงแนวทางการดูแลรักษาแบบประคับประคอง การบรรเทาความทรมาน โดยเน้นให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้ง
- สอบถามผู้ป่วยถึงเรื่องที่ยังคั่งค้างและความปรารถนาที่ต้องการให้บรรลุ เพื่อให้ญาติรับรู้
- สอบถามถึงเจตนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในวาระสุดท้าย (จะเขียนหรือสั่งโดยวาจาขึ้นอยู่กับความประสงค์ของผู้ป่วย)
- แนะนำให้ผู้ป่วยมอบหมายบุคคลที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้
- สอบถามความต้องการของผู้ป่วยและปรึกษากับญาติเกี่ยวกับสถานที่ดูแลในช่วงเวลาต่อจากนี้
- สอบถามถึงการช่วยเหลือที่ต้องการจากโรงพยาบาลหากจะนำผู้ป่วยออกไปดูแลที่บ้าน และเสนอสิ่งที่ทางโรงพยาบาลสามารถจะช่วยได้
- เสริมสร้างความมั่นใจกับญาติในการดูแลผู้ป่วย โดยการสอนวิธีการดูแล และ/หรือ ให้เบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลที่สามารถติดต่อขอคำปรึกษาได้

ไม่ใช่ทำครั้งเดียวจบ ผู้ป่วยและญาติสามารถทบทวนและเปลี่ยนใจได้

ญาติมักจะต้องการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีที่สุดในโรงพยาบาล
ในขณะที่ความต้องการของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยากใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านกับครอบครัวและคนที่รัก

การประเมินผล

ทีมสุขภาพ และญาติ สามารถใช้รายการประเมิน ต่อไปนี้เป็นเครื่องมือทบทวนว่า ได้ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ประสบครบถ้วนและมีประสิทธิภาพเพียงพอหรือไม่

- ✓ ผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง
- ✓ ผู้ป่วยและญาติไม่เกิดความตระหนกหรือความกลัวที่มากขึ้นจนมีผลเสียต่ออาการของผู้ป่วย
- ✓ ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้อย่างชัดเจนในเรื่องทางเลือกในการรักษาในวาระสุดท้าย
- ✓ ผู้ป่วยได้กำหนดตัวผู้ที่จะตัดสินใจแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

- ✓ ครอบครัวและญาติได้รับรู้เจตนาของผู้ป่วย มีความร่วมมือกันหรือยุติความเห็นที่ไม่ตรงกันได้
- ✓ ทีมสุขภาพได้ทราบเจตนาของผู้ป่วยและใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
- ✓ ทั้งทีมสุขภาพและญาติสามารถร่วมมือกันดูแลหรือช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่การ “ตายดี” ตามนิยามของคำว่า “ตายดี” ที่เขียนไว้ตอนต้นได้จริง
- ✓ ไม่เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ต่อครอบครัว และต่อระบบสุขภาพและสังคมโดยรวม
- ✓ ภายหลังการจากไปของผู้ป่วย ทุกฝ่ายต่างมีความสบายใจว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วยแล้ว

แม้ว่าจะได้วางแผนล่วงหน้าไว้แล้วแต่ในสถาณการณ์จริงอาจมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความลังเล
ว่าจะทำอย่างไรในวาระสุดท้าย

ทำอย่างไรถ้าเกิดความลังเลใจในนาทีสุดท้าย

หลังจากที่ได้ข้อสรุปจากการประชุมแล้ว การดูแลควรยึดแนวทางนั้นเป็นหลัก แต่ควรมีการพูดคุยทบทวนแผนเป็นระยะ ๆ และผู้ป่วยหรือญาติสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนใจได้

ประเด็นสำคัญและท้าทาย มักจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลงเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งในทางการแพทย์มีหลักในการพิจารณาอยู่แล้วว่าเมื่อไหร่ที่ไม่ทำการกู้ชีพ แต่หากมีสถานการณ์แทรกแซง เช่น ญาติที่เพิ่งมาใหม่ขอให้กู้ชีพ หรือมีเหตุการณ์อื่นใดที่ทำให้ต้องตัดสินใจว่าจะรักษาในวาระสุดท้ายอย่างไร

ถึงนาทีนั้น แพทย์และญาติ ควรจะมีหลักยึดหลักเดียวกัน นั่นคือ

หลักมีประโยชน์ หมายถึง ทำแล้วมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือไม่

หลักเจตนา หมายถึง ควรทำตามความต้องการที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้

ไม่มีใครอยู่ค้ำฟ้า
มีแต่ความทรงจำดีๆ เท่านั้นที่จะอยู่กับเราตลอดไป

หนังสืออ้างอิงและแหล่งค้นคว้าเพิ่มเติม

หนังสือการดูแลก่อนจากไปด้วยหัวใจตระหนักรู้ (2559) โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559

คู่มือสำหรับประชาชนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (2558) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ค้นหาได้ที่ http://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/palliative-care-48737757

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (2557) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ค้นหาได้ที่ http://www.thailivingwill.in.th/

สรุปแนวทางการทำ Advance Care Plan เอกสารโครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559

ขอขอบคุณ

ศูนย์บริรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช
โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

ในการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต
ทีมสุขภาพสามารถเป็นฝ่ายเริ่มต้น นำพาทุกคนก้าวข้ามความกลัว
เพื่อพูดคุยกันในเรื่องที่เป็นความจริงแท้ของชีวิต
และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกว่าจะใช้ช่วงเวลาระยะท้ายของชีวิตอย่างไร
เพื่อเป้าหมายของการ “ตายดี” ที่ “เตรียมได้”

ศูนย์บริรักษ์ ศิริราช
Siriraj Palliative Care Center

โครงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ
ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต
พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙

สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ